

Année 1970

THÈSE

119
NO

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Hélène KANAS, épouse GHERCHANOC

née le 22 octobre 1938 à PARIS 12ème

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

DES RAPPORTS DE L'AUTORITE ET DE LA THERAPEUTIQUE
EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

Président : M. PICHOT, Professeur

Année 1970

THÈSE

NO

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Hélène KANAS, épouse GHERCHANOC

née le 22 octobre 1938 à PARIS 12ème

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

DES RAPPORTS DE L'AUTORITE ET DE LA THERAPEUTIQUE
EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

Président : M. PICHOT, Professeur

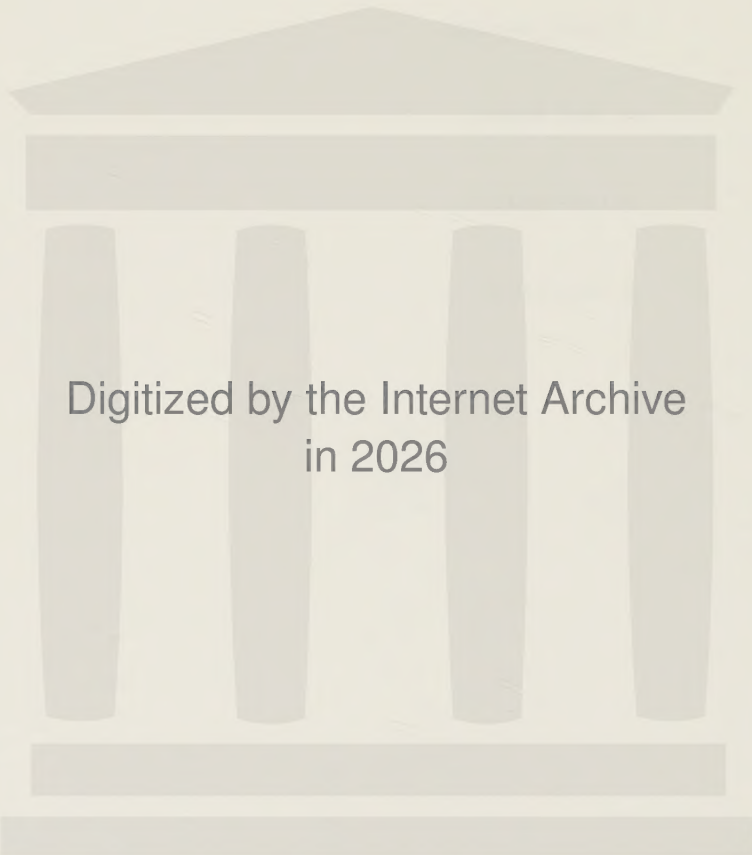


A mes parents,

A mon époux,

A mes enfants,

A mes amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Docteur P. PICHOT

Professeur à la Faculté

qui nous a fait le très grand honneur
de présider notre jury de thèse.

A Monsieur le Docteur H. DANON-BOILEAU

Médecin Chef de la Maison Universitaire Médico-
psychologique de Sceaux.

Il a inspiré le sujet de cette thèse et
nous a guidé de ses précieux conseils.

Qu'il trouve ici témoignage de ma gra-
titude.

A mes maîtres d'Externat

le Docteur A. DUFOUR

le Professeur R. KOURILSKY

le Docteur J. SIGWALD

le Docteur J. J. RONDEPIERRE

Pour les remercier de leur enseignement.

A Madame le Docteur D. JOYEUX-QUERCY

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

avec l'assurance de mon respectueux
attachement.

A Madame le Docteur D. SAUCET

Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

En témoignage de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur J. POSTEL

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

J'ai bénéficié de la richesse de son enseignement.

Il m'a sans cesse soutenue et encouragée,

Qu'il trouve ici le gage de ma très profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur E. TRILLAT

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Son expérience fut pour moi riche
d'enseignement,

Qu'il trouve ici l'expression de mon
respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur J. de VERBIZIER

Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Il est pour moi un guide exemplaire,
et m'a témoigné une bienveillance ja-
mais démentie,

Qu'il trouve ici témoignage de ma
reconnaissance.

Au Docteur F. PERRIER

Non pas maintenant, et hier
 mais toujours
le droit vit et personne ne sait
 quand il se manifeste
 (Antigone) - Sophocle

DES RAPPORTS DE L'AUTORITE ET DE LA THERAPEUTIQUE
EN MILIEU PSHYCHIATRIQUE

PLAN

I - INTRODUCTION

II - LA STRUCTURE

- A - Du point de vue historique
- B - Du point de vue architectural
- C - Du point de vue fonctionnel
 - 1 - Du côté des soignants
 - 2 - Du côté des soignés

III - DEFINITION DE L'AUTORITE

IV - AUTORITE ET EXERCICE DU POUVOIR

- A - Autorité et institution
 - 1 - Hors les murs
 - 2 - Dans les murs
- B - Autorité et relation pédagogique - Relation au savoir
- C - Autorité et pouvoir psychiatrique

V - AUTORITE ET IMAGINAIRE

- A - Autorité et le chef dans les petits groupes
- B - Autorité, thérapeutique et magie
- C - Autorité, Surmoi, Idéal du moi, identification

VI - AUTORITE ET THERAPEUTIQUE

Contre-transfert institutionnel

En procédant à l'analyse des rapports de l'Autorité et de la thérapeutique, nous avons essayé de réfléchir sur le traitement des malades mentaux en institution psychiatrique. Cette étude a été faite dans une clinique psychiatrique, en milieu ouvert, pour étudiants malades mentaux où nous n'avons pas personnellement travaillé. C'est grâce au médecin-chef et à ses assistants que nous avons pu conduire cette recherche. Sans l'aide et la confiance qu'ils nous ont faite, nous n'aurions pu mener à bien ce travail qui peut-être, du moins nous l'espérons, vient éclairer des positions empiriques dont l'approche théorique s'est précisée par confrontation permanente à 15 ans d'expérience clinique.

Nous leur en sommes d'autant plus reconnaissants qu'ils risquaient de voir leur action mal interprétée, mal comprise et jugée sans discernement. Il est certain que l'image que nous avons donnée de la clinique est fortement colorée par nos propres sentiments et limitée par notre compréhension.

Autorité et Thérapeutique en Psychiatrie avaient déjà été envisagées par les Aliénistes français qui ont fondé la clinique psychiatrique au XIX^e siècle. S'ils avaient à leur disposition un arsenal de moyens physiques, ils ne méconnaissaient nullement les effets du traitement moral de la Folie. Esquirol, dans son traité sur les maladies mentales (1838), à propos de la Manie, cite les heureux résultats obtenus par Pinel avec ce moyen. Il définit ainsi l'action exercée :

"Le médecin doit être auprès du malade un consolateur, il doit avec adresse se ménager des occasions dans lesquelles il se montre bienveillant et protecteur, il doit conserver un ton affectueux mais grave, allier la bonté à la fermeté, commander l'estime ; par cette conduite, il gagnera la confiance du malade, sans laquelle point de guérison. Son maintien, son regard, ses paroles, son ton de voix, ses gestes, son silence même ont une action sur l'esprit ou sur le coeur du maniaque." (11 b)

C'est une illustration pratiquement complète de l'Autorité du médecin à l'égard du malade.

Plus récemment, on s'est beaucoup intéressé aux modalités de la relation médecin-malade ou relation thérapeutique, notamment le psychanalyste anglais Balint (1) ou le sociologue américain Parsons (29) - et la notion d'Autorité trouve fort justement sa place dans ces modalités. En effet, la relation thérapeutique est une relation interpersonnelle qui met en jeu des conduites dont dépendent les positions du médecin et du malade, positions qui sont relatives, réciproques et complémentaires. Balint définit ainsi la relation thérapeutique : l'un des partenaires de cette situation se trouve en position de supériorité dans la mesure où son savoir est plus grand, sa compréhension meilleure, plus profonde, dans la mesure où il interprète et explique des faits ou des événements. L'autre partenaire de cette relation est comparativement plus faible parce qu'il ne peut comprendre lui-même ses problèmes. Il est venu chercher de l'aide, car certaines choses lui sont inexplicables.

Pour Parsons, le malade attend une exemption des responsabilités, un droit inconditionnel à l'aide, l'obligation du désir de guérir, l'obligation de coopérer à la décision. La condition du médecin s'inscrit dans une compétence technique instituée, dans l'universalisme du rôle (il ne choisit pas ses malades), sa spécificité professionnelle (compétence, autorité, privilège), obligations limitées aux domaines de la santé et de la maladie, une neutralité affective, le désintéressement et l'altruisme (le motif du profit étant exclu

du rôle du médecin). La compétence technique est essentielle car le malade est ignorant et il a le devoir de s'en remettre au médecin. Ce dernier jouit du privilège de l'accès au corps et à l'esprit de son patient, ce qui impose le respect du secret médical.

Là n'ont été dégagés que des modèles idéaux. Nous ne saurions oublier que les individus ne s'inscrivent pas à la lettre dans ces modèles et qu'ils les interprètent personnellement : toute relation thérapeutique suppose l'aménagement de la rencontre entre deux sujets. Il ne nous a pas semblé inutile de nous étendre sur cette notion de relation thérapeutique dans la mesure où il s'en dégage des idées de statut, de rôle, de hiérarchie (culturelle, économique, du savoir) qui nous paraissent indissociables de la notion d'autorité.

Enfin, pour Valabraga, dans son livre sur la Relation thérapeutique (39), les principaux caractères psycho-sociaux de l'exercice médical ainsi que son aspect institutionnel et juridique doivent se comprendre selon trois niveaux : celui de la Réalité, celui des Représentations et celui du Fantasme. Cet auteur met l'accent sur la notion de circulation de la maladie au niveau des représentations et des significations inconscientes.

En matière de psychiatrie, la relation thérapeutique va accentuer encore la surdétermination des modèles idéaux de la conduite du médecin. La relation duelle, devenue lieu où l'on parle, est reconnaissance d'un certain savoir et exercice d'un certain pouvoir. C'est de l'interprétation des affects qui se nouent autour des notions de rôle, de statut, de hiérarchie, que la thérapeutique va pouvoir progresser. Cette relation ne semble pas fondamentalement différente lorsque l'on s'adresse à une thérapeutique de groupe ou institutionnelle donnant des équivalents du verbe par analyse des structures institutionnelles, des actes, à articuler verbalement.

Il nous a paru intéressant de nous pencher sur ce problème particulier de l'autorité en milieu psychiatrique dans la mesure où les travaux récents sur la psychiatrie s'interrogent sur sa valeur thérapeutique. Les modèles d'identification ont leur source dans les contraintes que font peser les représentations sociales de la maladie mentale sur le malade, le médecin et l'institution thérapeutique et ce sont ces modèles qui sont discutés par les tenants de l'antipsychiatrie (cf. Fedida (14) et Cooper (9)) ou par les sociologues qui se sont penchés sur les Aspects d'institutions totalitaires de l'hôpital psychiatrique... (Goffman (16) Lévy (23).)

En matière de psychanalyse, la discussion est ouverte de part et dans les écoles de Psychanalyse, notamment en ce qui concerne la Psychanalyse didactique :

"En l'absence de critères objectifs, l'admission, la promotion, les nominations seront influencées par des facteurs irrationnels. Les enseignants deviennent alors des personnages importants

la plupart des étudiants sont tentés de se concilier leur faveur, ils les confirment ainsi dans l'exercice de leur autorité et de leur pouvoir. Si la formation analytique est longue, l'Ecole, bien qu'étant une école pour adultes, développe chez ces étudiants, au moins temporairement, des traits infantiles et puérils". Bernfeld (2).

D'autre part, comment la psychanalyse, phénomène de culture qui ne se rend pas juge d'une pathologie, ni gardienne d'une normalité assignée, peut-elle s'articuler avec une institution psychiatrique, étant données les notions de prise en charge et d'agir ?

Après avoir décrit les différents aspects de l'institution où ces problèmes ont été soulevés, et avoir défini la notion d'Autorité, nous essaierons d'étudier, dans une première partie, l'Autorité et l'exercice du pouvoir dans l'institution, dans la Relation pédagogique et dans l'exercice psychiatrique. Dans une seconde partie, nous envisagerons Autorité et Imaginaire, successivement, par le rôle du chef dans les petits groupes, par l'aspect magique que revêt la fonction d'Autorité et son interprétation psychanalytique. Nous terminerons sur les problèmes de contre-transfert institutionnel.

Nous allons présenter rapidement l'institution dans laquelle les problèmes des rapports de la Thérapeutique et de l'Autorité ont été étudiés, en précisant que nous n'y avons pas personnellement exercé. Cette structure a été prescrite et peut être décrite successivement dans l'aspect fonctionnel, l'aspect d'Autorité, la structure affective afin d'en exposer les divers réseaux d'échanges, d'informations et de communications.

- "Une maison d'Aliénés est un instrument de guérison entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales. On ne s'étonnera pas si j'attache autant d'importance à mes recherches sur les établissements d'Aliénés tels qu'ils étaient, tels qu'ils sont, afin d'en déduire ce qu'il devraient être. En parlant des établissements des aliénés, je ne me bornerai pas à décrire les murailles, le mobilier, le régime, je parlerai aussi des chefs qui la dirigent, des employés, des serviteurs et des malades qu'on y reçoit." (Esquirol - 11 a).

A - Du point de vue historique.

En 1956, a été créée une section mentale de la Fondation Santé des étudiants de France alors que la section pulmonaire avait vu son plein épanouissement pendant les 25 dernières années. Grâce à la Mutuelle Nationale des Etudiants de France, furent créés le C. N. U. S. M. et des B. A. P. U. dans plusieurs villes de Facultés ainsi que des consultations de santé mentale pour étudiants. La première Maison Universitaire Médico-Psychologique a été inaugurée en 1956 sous le nom de Villa Dupré.

B - Du point de vue architectural.

La clinique Dupré embrasse 2 propriétés situées à Sceaux, distinctes l'une de l'autre de 300 m et assorties de quelques locaux annexes.

- L'ensemble Roosevelt comprend 2 pavillons :

- le pavillon Bellechasse contient 30 chambres individuelles de malades, garçons et filles.
- le pavillon Honnorat peut loger 44 malades.

Dans ce même ensemble, on peut décrire un bloc de Service constitué des cuisines et des bureaux de direction,

- le bloc des Etudes avec bureaux et salles de classes.

- le pavillon P. Janet contient les bureaux des services médicaux et des logements infirmiers.

- quelques pavillons de logement du personnel terminent cet ensemble.

- L'ensemble Clérambault contient des chambres et dortoirs pour malades.

- L'ensemble de la rue du Lycée est en voie d'aménagement pour adolescents scolaires.

La capacité hospitalière totale est de 130 lits dont 60 en chambres individuelles.

Du point de vue administratif, la clinique dépend de la Fondation S. E. F. et de la direction de l'action sanitaire et sociale des Hauts-de-Seine.

Il existe une convention avec la Sécurité Sociale et trois Ministères de Tutelle peuvent intervenir : Finances, Education Nationale et Santé.

Il n'est pas inutile de noter qu'il s'agit d'une clinique psychiatrique en milieu ouvert qui n'est pas soumise au régime de la loi de juin 1838.

Les professeurs qui travaillent à la clinique dépendent uniquement de l'Education Nationale et sont nommés au lycée Lakanal pour exercer à Sceaux.

C - Du point de vue fonctionnel.

1 - Du côté des soignants

- Le médecin-directeur est en même temps directeur général de la Fondation S. E. F. et a directement sous son autorité la Gestion et les Services Généraux.

- L'équipe soignante se subdivise du côté médical en :

- Médecin-chef
- 4 médecins institutionnels
- 5 internes
- des psychothérapeutes

du côté personnel infirmier en :

- 1 surveillant général
- 1 surveillant par pavillon
- infirmiers par pavillon

S'y associent 2 psychologues et 3 assistantes sociales.

- Du côté des Etudes, on trouve un directeur des études choisi parmi les professeurs, aidé d'un adjoint, dont dépendent une trentaine de professeurs et une demi-douzaine d'institutrices en réadaptation.

On se trouve en présence de plusieurs pyramides coiffées par un service administratif commun. Le passage de l'information et la coordination paraissent essentiels pour apprécier la valeur thérapeutique d'une telle institution : des réunions ont été créées pour rassembler ces différents services :

- Réunions médecins, administrateur, Service des Etudes,
- Réunions médecins, professeurs, infirmiers sur des cas cliniques,
- Réunions pavillonnaires médecins-infirmiers,
- Réunions transversales ou verticales des superstructures ou des infrastructures.

Les formes de ces réunions sont variables dans le temps, compte tenu de leur confrontation aux événements.

"J'espère en avoir assez dit pour faire apparaître que, quelles que soient les réunions dont il est question ici, elles sont radicalement différentes de celles qui sont décrites ailleurs à propos de psychothérapie de groupe, de psychanalyse de groupe, psychodrame dynamique de groupe où chaque désignation correspond à une technique particulière d'autonomie. Rien de semblable ici où les réunions sont à la mesure du matériau que l'on trouve pour les faire (les gens, les choses, les lieux, les heures, les événements, les problèmes de tous ordres)" (H. Chaigneau). 8

2 - Aspect fonctionnel du côté des soignés

Les étudiants malades mentaux viennent à la clinique à la fois pour continuer leurs études et se faire soigner. Plus de la moitié de ces étudiants sont originaires de la région de Paris. Leur origine sociale est peu différente de l'origine sociale des autres étudiants, c'est-à-dire que le pourcentage le plus élevé est issu de famille dont les parents exercent des professions libérales ou sont des cadres supérieurs (33 % en 1967), les enfants issus de famille d'ouvriers ne représentent qu'un pourcentage de 4 %. La population des étudiants malades mentaux n'est guère différente

sociologiquement de la population réputée normale étudiée par Bourdieu et Passeron. (5)

- L'origine des placements donne une forte proportion des patients envoyés par des médecins ou psychiatres consultants.

- Les pensionnaires sont astreints à poursuivre leurs études, c'est une des conditions de leur entrée et de leur maintien à la clinique.

A l'entrée, bilan clinique et bilan d'études sont pratiqués.

L'emploi du temps des pensionnaires contient, en principe, des obligations fixes sous surveillance de l'infirmier d'étage. En pratique, l'application en est variable selon l'état de chaque individu malade.

- cours à l'intérieur de la clinique
- cours à l'extérieur dès que possible

Poursuite de la thérapeutique : ergothérapie, psychothérapie, psychodrame, activités corporelles. Ces différentes activités sont menées à l'intérieur de la clinique.

Les permissions sont contrôlées étroitement. Elles font l'objet d'une autorisation écrite de la part du médecin à remettre la veille à la surveillante du pavillon.

Ce régime peut être modifié à tout moment selon l'état du malade.

Du fait de la diversité des activités proposées aux malades, de la dispersion géographique, de la complexité des communications entre les divers services, de l'attitude de certains pensionnaires, et du fait que la clinique est une institution largement ouverte sur l'extérieur, le contrôle des pensionnaires est d'autant plus important qu'il est plus difficile. On s'assure de leur présence par des repères tels que le lever, le coucher, les repas auxquels leur est assignée une place fixe. Récemment, une pensionnaire ne s'était pas présentée au repas de midi, l'infirmier signala immédiatement son absence à l'infirmier d'étude qui alla voir dans la chambre de la malade. Il la trouva dans le coma par suite d'ingestion massive de barbituriques pour tentative de suicide. La pensionnaire fut immédiatement transportée dans un centre anti-poisons et put être réanimée.

Le Service annexe est un service d'isolement et de traitement à usage interne (unité de 10 lits). Les malades qui y sont admis, le sont sur décision médicale. C'est une unité autonome qui

fonctionne avec son médecin, son équipe d'infirmiers. Le séjour y est généralement court. Mais des conditions de sécurité particulières y sont installées.

- Les loisirs

Sceaux est une clinique ouverte, à proximité de Paris. Aussi, la politique générale est celle d'une organisation des loisirs qui soient à l'extérieur de la clinique dans le sens d'une ouverture vers le dehors, en laissant aux malades le maximum d'initiative et d'autonomie. Il s'agit d'éviter à l'intérieur de la clinique la création d'un univers artificiel qui serait préjudiciable à la réadaptation sociale des malades. Seule subsiste à l'intérieur de la clinique l'autorisation de soirée, une fois par semaine, mais sous une forme improvisée (pick-up, disques apportés par les malades).

- L'argent de poche

La plupart des malades sont issus de milieux relativement aisés disposant de ressources suffisantes. Sauf en cas de prodigalité pathologique, nul n'intervient dans la libre disposition de cet argent.

Ces malades sont des étudiants, ils dépendent donc encore souvent économiquement de leurs parents et légalement ils ne sont pas encore des adultes.

Il est à se demander, d'ailleurs, dans quelle mesure ces étudiants ne sont pas, comme en psychiatrie infantile, symptômes de la maladie familiale. Ceci pourrait expliquer les difficultés que l'on éprouve à canaliser les interventions intempestives des parents (intrusion dans la thérapeutique, dans les études, dans la discipline à la clinique), attitude coercitive ou, à l'inverse manifestant le même phénomène de rejet et de désintéressement. L'hospitalisation à la clinique va permettre une certaine distance vis-à-vis de la famille. On assiste aussi de la part du pensionnaire à des attitudes de refuge perpétuel dans la famille ou, au contraire, à des attitudes de refus total. Il ne saurait être question de briser avec la famille dont l'étudiant est souvent, nous l'avons dit, économiquement dépendant, et qui assure bien souvent aussi la prise en charge à la sortie. Le travail ne saurait se faire que dans une collaboration étroite avec la famille : des groupes de parents ont, d'ailleurs, été envisagés.

A la sortie, la surveillance des anciens malades est assurée par le Service de suite du Centre Pierre Janet qui permet la cure ambulatoire des anciens malades préalablement traités dans les cliniques médico-psychologiques. Parfois même, ces anciens pensionnaires viennent suivre des cours en élèves externes à la clinique.

III - DEFINITION.

Nous avons introduit le problème de l'Autorité dans la relation thérapeutique et nous avons présenté les lieux où le maniement thérapeutique de l'autorité va être étudié. Il serait donc utile maintenant de définir l'Autorité.

Le dictionnaire Littré définit l'Autorité comme le pouvoir de se faire obéir (pouvoir public, administratif) mais aussi par la créance qu'inspire une chose. Pour le Littré, Autorité et Pouvoir ont un sens très proche et on assiste, de nos jours, à un glissement de sens qui confère à l'autorité une note d'influence morale.

Si l'on se réfère à l'encyclopédie Larousse, l'autorité est le pouvoir ou le droit de se faire obéir ou de commander sans recours à la contrainte physique. L'autorité s'appuie plus que le pouvoir sur des valeurs morales.

Tel l'exercera qui, par son prestige, sa situation sociale, ses connaissances, l'y prédestinent.

On peut voir se dégager de cette définition deux notions qui peuvent être associées ou dissociées, l'une est l'exercice du pouvoir par le chef en tant que détenteur de la loi à l'égard d'un groupe, au sens romain de potestas, l'autre est la reconnaissance par le groupe de ce pouvoir au chef au sens romain de autoritas qui paraît être une notion plus imaginaire et dans un sens identificatoire.

Ces deux actions sont dialectiquement liées, l'une à la réalité, l'autre plus imaginaire. Mais, en fait, elles sont les deux aspects symboliques d'une même identité.

"Le sceptre porte les fastes et les puissances de l'Autorité Royale, ce sceptre érige en une main aussi bien les espoirs et les illusions du fidèle, mais il indique surtout la filiation et la loi même qui érige une généalogie" (Rosolato(31)

IV - AUTORITE ET EXERCICE DU POUVOIR.

Nous étudierons successivement cet aspect de l'autorité dans l'institution, dans le domaine des études, dans l'exercice thérapeutique psychiatrique.

A - Autorité et Institution.

"La preuve du social ne peut être que mentale, autrement dit, nous ne pouvons jamais être sûr d'avoir atteint le sens et la fonction d'une institution, si nous ne sommes pas en mesure de revivre son incidence sur une conscience individuelle. Comme cette

incidence est une partie intégrante de l'institution, toute interprétation doit faire coïncider l'objectivité de l'analyse historique ou comparative avec la subjectivité de l'expérience vécue" (Cl. Lévy-Strauss) 24 b.

C'est dans les relations sociales et culturelles que le sujet va se trouver confronté aux relations interpersonnelles. Le monde est avant tout social. Il est fait pour l'individu, de tendances et d'impulsions à agir et comme un ensemble de prohibitions et de coercitions. Cet ensemble présente un double aspect physiologique et psycho-social. L'apprentissage social indique des pratiques contournant ces prohibitions (tels sont les manières, la politesse, les rôles, les rituels ou encore l'argent, le crédit, le vote).

"Toute culture peut être considérée comme un ensemble de systèmes symboliques au premier rang desquels se placent le langage, les règles matrimoniales, les rapports économiques, l'art, la science, la Religion". (Cl. Lévy-Strauss) 24 b.

C'est de ces adaptations sociales que le sujet va apprendre le rôle des frustrations. L'attitude vis-à-vis de l'autorité en est un des effets : l'autorité consiste en la manière dont les personnes et les situations éveillent des réponses affectives apprises. C'est pourquoi nous essaierons d'appréhender l'autorité dans l'institution sociale que représente la clinique psychiatrique en milieu ouvert de Sceaux.

"Ce qui paraît ordre public est donc cette hostilité générale dans laquelle chacun tire à soi ce qu'il peut, exerce la justice sur la singularité d'Autrui et consolide sa singularité propre, qui, à son tour, disparaît par l'opération des Autres". (Hegel) 17.

1 - Hors les murs

Si la clinique a vocation thérapeutique et s'institue pour moduler les phénomènes de réalité, les pensionnaires de la clinique sont, cependant, soumis aux lois qui règnent sur la cité. La clinique est située sur le domaine de la municipalité de Sceaux. On attend de cette institution et de ses habitants qu'ils se conforment aux exigences qui régissent la ville. En effet, il convient dans notre société de respecter la personne d'autrui, la propriété privée et certains lieux qui sont l'objet d'un tabou général (le parc de Sceaux, par exemple).

Respecter l'ordre public comporte certains aspects négatifs, mais aussi des privilèges. Les pensionnaires de la clinique ne bénéficient d'aucun statut particulier leur permettant d'échapper à la règle commune. Leur responsabilité civile est totalement engagée. En effet, une part considérable de la socialisation se produit dans l'expérience de la vie quotidienne sans qu'aucune pression

explicite ne soit exercée sur l'individu, dans une finalité d'adaptation. La municipalité de Sceaux exerce son autorité sur ses administrés en tant qu'instance sociale. Il est vrai que le pensionnaire contrevenant n'est pas immédiatement en cause, l'administration et le médecin en sont avertis de façon préliminaire. S'il n'est, en aucune façon, question de se substituer à la Justice, ni d'arguer de la maladie mentale, on peut, cependant, s'entremettre auprès d'un tiers. Cependant toute atteinte à la propriété telle que les vols, les dégradations dues à diverses farces d'étudiants, les bruits, le désordre sur la voie publique dû, parfois, à l'éthylisme, ont entraîné, dans la majorité des cas, les réparations que justifient, sur le plan légal et pénal, de tels actes.

L'atteinte à la personne d'autrui telle que l'attentat à la pudeur dans l'exhibitionnisme ou les tentatives de séduction dont sont responsables les troubles du comportement consécutifs à un délire, étant donné le tabou sexuel, ont justifié, du fait de l'état morbide, l'internement en hôpital psychiatrique, les faisant tomber sous le coup de la loi du 30 juin 1838 (il en fut ainsi pour un étudiant psychotique).

Dans un comportement normal, l'individu refoule ce qui est interdit et exécute ce qui est exigé sans compliquer la réaction apprise d'une réaction émotionnelle. Mais lorsque ces incidents surviennent chez des malades mentaux, l'aliénation mentale n'étant pas uniquement aliénation sociale, accepter la loi commune ne se fait souvent qu'avec répugnance et hostilité, et le conflit éclate.

Le malade exprime ainsi de façon nette ou détournée sa rancune à l'égard des adultes. Aussi, le médecin aura peu tendance à demander l'indulgence, cela dans la mesure où le malade est capable d'en assumer les responsabilités. Si le patient échappe, par le biais de la maladie mentale, à la loi de tous, cela ne saurait que l'installer plus encore dans un statut de dépendance et de non prise de conscience de son conflit ou problème personnel. Le psychiatre se réserve plus tard d'utiliser ces conflits pour leur donner une valeur de relation interpersonnelle maturante.

"Mais le fou en tant que fou et à l'intérieur de cette maladie dont il ne sent pas coupable, doit se sentir responsable de tout ce qui peut troubler la morale et la société et ne s'en prendre qu'à lui-même des châtiments qu'il reçoit. . .

. . . c'est la forme de conscience que l'aliéné doit prendre de sa propre folie. . . et par là, il soumet sa liberté à des lois qui sont à la fois celle de la réalité et de la morale".

(M. Foucault) 13 a.

2. Dans les murs

La clinique est un milieu artificiellement prescrit

mais où sont réunis tous les éléments qui constituent un champ social, c'est-à-dire la hiérarchie, les statuts et les rôles, les règles écrites ou vécues, le réseau des échanges ou de communications. Les infrastructures étant le point de départ de la praxis, il s'agit, pour le malade, de découvrir cette réalité aliénante dans le réel et de la dépasser. Les pensionnaires de la clinique ont des problèmes d'adaptation au réel dans la mesure où ils sont dans une situation intermédiaire, ni enfant, ni adulte, tant économiquement que socialement. Leur état de malade va faire naître ou aggraver les conflits. S'il existe une organisation fonctionnelle de la clinique qu'il convient de respecter, cette organisation officielle, juridique, n'épuise pas le réseau de relations entre les unités de groupe.

Clinique en milieu ouvert signifie que le pensionnaire jouit d'une certaine liberté des lieux et de sa personne. D'autre part, ces malades vivent en collectivité, en petits groupes. La structure affective du groupe, au sens où Moreno l'entend, va faire que les membres de cette collectivité vont se conformer plus ou moins les uns aux autres. Il existe aussi, à l'intérieur de cette collectivité, des individus qui n'en sont pas forcément les chefs mais qui se chargent d'en faire respecter les "normes" en exerçant au besoin des sanctions contre les non conformistes.

De la même façon qu'à l'extérieur de la clinique, le non respect de la propriété ou de la personne d'autrui va entraîner des réparations : les objets brisés, les dégradations des lieux, objets volés, entraînent le remboursement, ou du moins, la réparation où sont prises en considération les possibilités financières du malade. A l'intérieur de la clinique, l'institution permet plus de souplesse qu'à l'extérieur. On peut, soit prendre en charge, soit faire payer, attitude variable suivant l'état pathologique et les mobiles.

Les agressions à l'égard du personnel médical ou paramédical, infirmier, permettent une plus grande marge de manoeuvre que les agressions dirigées contre d'autres malades. Mais, là encore, il n'est nullement question de se substituer à la Justice.

Dans cette collectivité, la mixité va entraîner des situations et des relations hétérosexuées. L'institution joue un rôle social, c'est une représentation archaïque de la famille et cela implique des lois d'exogamie et le respect du tabou de l'inceste. Aussi, l'institution ne saurait admettre dans son sein la liberté des moeurs (toujours en référence aux normes sociales), la facilité ou la facilitation des relations sexuelles, la licence. Ce qui amène les étudiants à des relations de tolérance mutuelle à l'intérieur de la clinique. Toute facilité ou écart est toujours mal ressenti par le groupe de malades qui peut s'investir parfois de l'autorité sociale pour sanctionner ou isoler. La tolérance ne ferait qu'aggraver l'angoisse des malades dans la mesure où le réajustement aux normes extérieures et à la loi de tous ne serait plus possible. A l'extérieur de la clinique, le malade s'assume pleinement comme membre normal de la société

et le couple fait ce qu'il entend.

L'autorité, en effet, ne peut intervenir qu'au sens où elle double la réalité sociale et l'ordre public. Pour Freud, dans "Malaise dans la civilisation", toute civilisation est un processus qui est fondé, dans une certaine mesure, sur un refoulement de désirs. Elle repose sur des interdits et des tabous, elle est par nature répressive.

"Lorsqu'une pulsion subit une répression, ses éléments libidinaux se convertissent en symptômes et ses composantes agressives en sentiments de culpabilité."

Elle joue un rôle de protection et de réassurance à l'égard de la collectivité et, de ce fait, toute transgression doit entraîner sa sanction. On assisterait, sinon à une destruction de la collectivité en tant qu'elle repose sur l'acceptation d'un certain nombre de lois communes. C'est pourquoi, il est préférable que le malade n'échappe pas à sa responsabilité civile afin que la maladie ne puisse servir d'excuse accentuant angoisse et aliénation, sinon le malade perdrait le meilleur recours contre son aliénation privée, c'est-à-dire la confiance indispensable envers son thérapeute et l'institution thérapeutique.

Les transgressions traduisent souvent un conflit entre le moi et la réalité en tant qu'elles réactivent les premières expériences frustrantes. En effet, l'Autorité ne fait pas référence à une loi explicite ou à des règles. Elle se présente sous forme de contrat implicite, c'est la verbalisation des affects autour des réactions à l'autorité qui fait intérêt. C'est par le jeu de ses divers représentants, dans la diversification et la répartition des rôles que l'institution va permettre de moduler l'analyse des divers registres de l'Autorité : que ce soit dans la routine quotidienne, dans la relation médecin-malade, voire en psychothérapie et enfin dans les cas exceptionnels par les passages à l'acte. Il s'agit d'éviter la reproduction d'attitudes contraignantes déjà vécues par le malade. L'Autorité peut être incitative ou plus exactement permissive en connaissant les risques, parfois, chez les patients de la dévalorisation des parents vécue sur un mode maniaque ou dépressif, voire par un passage à l'acte de provocation masochique. C'est dans la mesure où ces diverses réactions sont analysables et verbalisables par le malade qu'elles sont structurantes pour le sujet et ont valeur thérapeutique. Abstention ou intervention thérapeutique ne peuvent être décidées qu'en fonction de la tolérance de l'institution et en accord avec les membres qui la constituent, et analysées du fait des phénomènes de contre-transfert institutionnel et des contre-attitudes conscientes. Là se fait jour un des problèmes essentiels de l'autorité-pouvoir-hiérarchie. En effet, comment le personnel va-t-il assumer ces comportements variés et difficiles, comment sont-ils analysés, avec qui ? Comment sont prises les décisions,

comment circule l'information, l'un des meilleurs moyens pour court-circuiter les avantages thérapeutiques ?

C'est, en effet, avec le personnel que s'articulent les phénomènes transférentiels et contre-transférentiels institutionnels. C'est la maîtrise des attitudes qui est une des conditions essentielles du niveau thérapeutique de l'institution.

"Ce n'est qu'à condition que s'aménagent des liens transférentiels dans le collectif qu'apparaîtront les possibilités de rupture avec le "milieu", rupture qui ne prend ni le sens d'une brouille, ni même d'une mise à distance, mais d'une opération de délimitation de soi. Il importe que, dès l'arrivée à l'hôpital, le schizophrène trouve à l'hôpital un réseau articulé de personnes, d'organismes où s'instaurent de multiples rencontres prévues ou imprévues...

... La perspective psychothérapique institutionnelle revient finalement à utiliser les obstacles, ce qui nécessite de faciliter leur découverte et non de les colmater comme on est spontanément tenté de le faire" (H. Chaigneau) 8.

B - La clinique en tant que réalité pédagogique et ses rapports avec l'Autorité.

"Le mouvement par lequel l'aliéné s'objectivant pour l'autre, revient à sa liberté, c'est le mouvement que l'on retrouve aussi bien dans le travail que dans le regard". (M. Foucault) 13 a.

Aborder le domaine des études fait poser le problème du savoir et de la relation du sujet au savoir.

L'activité du sujet connaissant aboutit à une oeuvre qui, tombée en dehors de lui, s'inscrit dans le monde des objets ou celui du langage, constituant un objet culturel. Le fait que cet objet puisse, par son inscription dans une culture, être commun à plusieurs hommes permet de le considérer indépendamment de l'activité qui l'a effectivement constitué comme objet.

On peut s'interroger sur le sens que la relation au savoir peut avoir pour une personnalité donnée. Que veut un individu qui étudie, quelle est la place du savoir dans sa vie et où se situe son véritable désir ?

La relation du sujet au savoir met en jeu radicalement les rapports du désir et de la connaissance, ne méconnaissant pas, dans notre société, le savoir comme instrument de domination mais aussi comme puissance dominante.

Le savoir a-t-il comme corollaire la dénaturation ou l'asservissement du sujet ou, au contraire, est-il ce qui ne peut

advenir qu'en fonction du sujet, savoir dont le caractère aliénant ne saurait être que le reflet de l'aliénation du sujet ? A cet effet, la maladie mentale apparaît comme un miroir déformant face à toute relation du sujet au savoir, faisant poser de façon tentante cette question : N'y aurait-il jamais, à côté des savoirs que nous possédons, un savoir qui serait plus vrai que tous les savoirs possédés ? Mais n'est-ce pas là encore façon de mettre le sujet entre parenthèses.

On pourrait définir évidemment les opérations intellectuelles nécessaires à la production d'un savoir déterminé, définir les conditions sociologiques (historiques, économiques) de cette production.

Mais il convient plutôt de réfléchir sur les implications, pour la personnalité, des attitudes face au savoir, de s'interroger sur les résistances ou les transformations que la personnalité apporte à ces attitudes.

Le malade entre à la clinique comme étudiant et l'une des conditions de son maintien à la clinique est la poursuite des études ou une réinsertion professionnelle. L'enseignement est un instrument thérapeutique privilégié qui permet de préciser l'impact de la maladie et la signification des difficultés psychologiques sur la scolarité. Pour être thérapeutique, l'enseignement doit s'assumer pleinement comme tel en dépit des distorsions imposées par la relation médico-pédagogique. L'apragmatisme est souvent le symptôme de ces malades, c'est-à-dire l'impossibilité où ils se trouvent de travailler et de prouver des réalisations intellectuelles dans le domaine des études (du fait des inhibitions, refus, voire de la détérioration). Quelle est l'attitude thérapeutique à adopter : justifier l'apragmatisme par la maladie ou bien, tout en tenant compte de la réalité de la maladie, doit-on aider l'étudiant à poursuivre ses études dans la mesure de ses possibilités ?

L'autorité paraît relever des professeurs et du directeur des études en tant que dans le domaine du savoir, leurs connaissances leur donnent le pouvoir d'apprendre et de transmettre le savoir. Nous sommes là devant des statuts et des rôles déterminés par la position sociale et culturelle de chacun des partenaires. L'autorité ne peut jouer là encore que dans la mesure où elle est découverte de la réalité. La réalité va jouer un rôle difficile de frustration et il faut veiller à ce qu'elle ne soit pas non plus traumatisante. L'étudiant est un sujet en devenir de savoir face à un sujet supposé sachant, et c'est de leur confrontation que peuvent évoluer leurs connaissances réciproques. Cette relation en devenir de savoir ne peut évoluer qu'après accord sur des règles tacites. Avant de reconnaître l'autorité du maître, l'élève se plie à celle des textes et c'est de ce contrat implicite que peut naître la relation pédagogique. Certaines attitudes vont plus que d'autres cristalliser en leur sens les problèmes d'autorité.

L'Assiduité - la fréquentation scolaire dépend de la

gravité de la maladie ou de l'accès. A l'entrée de la clinique, les médecins institutionnels décideront d'une reprise immédiate ou d'une poursuite ultérieure normale ou paranormale des études. Lorsque cette prise en charge des études a été décidée, quel est le recours du professeur en regard de l'étudiant qui s'absente ou qui "manque", ce qui est d'autant plus visible que les cours se font à effectif réduit et que le travail est parfois même particulier, entre professeur et élève. Tous les jours, on relève systématiquement les absences et le relevé est transmis au service médical. Le cas de l'étudiant est discuté entre médecins et les professeurs qui en ont la charge. Les diverses mesures dépendent de l'état et des motivations du malade ; chaque cas est singulier et les mesures appliquées particulières. Le médecin apprécie plus ou moins les causes dont les professeurs apprécient les phénomènes. D'où la nécessité d'échanges permanents qui permettent de moduler les interventions selon les nécessités du malade, les impératifs de la maladie.

Un problème plus difficile à résoudre est celui de la participation effective des étudiants à leurs études. Le professeur se trouve en butte à un phénomène fréquent d'inhibition et d'apragmatisme, il se trouve en face de phénomènes anxieux et phobiques, soit d'opposition plus spécialement devant une incapacité de comprendre, de défaillances mnésiques se révélant dans le domaine précis des études. C'est le professeur qui est le mieux à même d'apprécier le rythme de travail, la capacité d'absorption, le rendement et qui en juge, en tenant compte de son malade et en s'y adaptant. L'attitude, là encore, ne peut être que singulière.

L'orientation générale des études ne peut pas toujours être entièrement laissée au malade. En effet, un bilan d'études va permettre d'apprécier rapidement le niveau d'études et de peser l'orientation de ses études. Il est, cependant, difficile de faire comprendre à l'étudiant l'existence d'un choix pathologique. Comment le faire accéder à une réorientation scolaire ou professionnelle, parfois à un niveau inférieur, en cas de détérioration ? Où se joue l'intervention et comment ?

Le maniement thérapeutique de l'autorité ne peut jouer là qu'en doublant l'épreuve de réalité. C'est en s'appuyant sur les résultats scolaires, sur les résultats aux examens qu'on peut utiliser les conflits.

Il ne saurait être question de les supprimer, mais de les utiliser de façon dynamisante et au mieux des intérêts de l'étudiant dans une indispensable collaboration médecins-professeurs.

Il convient d'aider l'étudiant à prendre conscience lui-même, à mesure que l'épreuve de réalité joue, de ses manques, en veillant, en outre, à ce que cette réalité ne soit pas trop brutale ou traumatisante, et d'en tirer des attitudes thérapeutiques appropriées au sujet.

De même, l'attitude vis-à-vis des examens, est variable. Certains étudiants paraissent avoir le niveau suffisant et avoir fourni le travail nécessaire pour réussir l'épreuve, et se refusent énergiquement à se présenter. On se trouve en face de réactions de frustration du groupe médico-pédagogique. Il convient de savoir renoncer à un succès aisément prévisible à cause de l'Angoisse déclenchée par l'épreuve (castration inassumable, angoisse de morcellement ²) : l'exemple paradoxal est celui d'un malade certain d'être reçu à un examen et dont l'attitude infantile régressive consistait à se faire accompagner à l'examen sur un mode d'Autorité contraignante, soit même de refuser, quelques mois plus tard, de se présenter à un examen dont le succès était certain. Jouer le jeu de cette attitude d'opposition par l'autorité-contraignante aurait assuré un succès immédiat au détriment de la maturation du sujet ou du succès ultérieur des études.

Du même registre vraisemblablement sont les troubles du comportement au cours du passage de l'examen. Ces troubles risquent de perturber l'épreuve et d'entraîner, pour les autres candidats, une annulation de l'épreuve. Est-il indispensable de demander, de façon systématique, des conditions spéciales d'examen, si elles ne paraissent pas justifiées dans tous les cas ? Une réaction de type hystérique, au cours d'un examen, a failli entraîner l'annulation de l'épreuve.

Une pratique courante de la clinique est l'accompagnement des étudiants aux examens par leurs professeurs. Certains la réclament, d'autres ne la supportent pas, enfin, certains n'ont pas d'accompagnements.

Cet aménagement de la réalité ne peut être valable que dans la perspective d'une réalité ultérieure non aménagée, dans le sens de l'autonomie et de la responsabilité individuelle. On peut voir ainsi l'ambiguïté et la difficulté de ces décisions du fait des risques d'assujettissement à la maladie.

Très proches des problèmes soulevés par les conditions spéciales d'examens sont ceux des inscriptions en facultés ou grandes écoles, des demandes de bourses. Est-ce le Service des Etudes de la clinique, ou les étudiants qui s'en préoccupent ? Doit-on institutionnaliser une prise en charge complète des malades ? C'est là encore de l'appréciation de la maladie, de l'acuité des symptômes qu'une aide peut être envisagée qui ne saurait être anéantissement du sujet, mais, au contraire, autonomisation, pour que le malade puisse progresser.

L'Autorité n'est pas l'agir mais la modulation d'une certaine réalité : autant que faire se peut, on reste au plus près des exigences de la réalité.

On peut voir se dessiner, à l'énumération de ces quelques problèmes, que les études sont le lien privilégié des conflits, et que les phénomènes contre-transférentiels, s'ils ne sont pas analysés, vont augmenter les résistances.

Ces conflits peuvent survenir entre groupes ou entre individus appartenant à des groupes différents.

Les médecins sont souvent vécus de façon autoritaire et comme dévalorisant souvent le travail des professeurs ; de même, le médecin peut projeter ses problèmes personnels sur le personnage du professeur.

Le malade risque de faire les frais de ce qui du conflit reste implicite et non verbalisé du fait de ses diverses relations transférentielles.

Dans la pratique, les relations médecins-professeurs sont très diversifiées, c'est leur multiplicité et les échanges qui permettent de serrer au plus les projets de chacun vers la meilleure perspective pour le malade.

C - Autorité et Pouvoir Psychiatrique.

"Le dérangement ou la folie ne peut être entendu d'une façon générale comme si quelque chose d'inessentiel était tenu pour essentiel, quelque chose de non effectivement réel pour réel en sorte que ce qui serait pour l'un essentiel ou réel ne le serait pas pour l'autre et que la conscience de la réalité effective et celle de la non réalité, ou la conscience de l'essentialité et celle de la non essentialité tomberaient à part l'une de l'autre." (Hegel) 17.

Le malade va devoir découvrir dans la structure fonctionnelle de l'institution, tant du côté médical que du côté infirmier, la hiérarchie et les lois qui règlent ces différents statuts et rôles. Il sait qu'en acceptant d'entrer à la clinique, il est dans une situation de malade et doit accepter l'autorité du médecin qui, de par son savoir médical ou psychiatrique, va traiter de sa maladie, et il se doit d'en accepter les modalités, aspect contractuel que nous avons déjà abordé en introduction. Nous ne reviendrons pas sur cet aspect de la relation thérapeutique qui va se trouver surdéterminée dans l'institution par l'aspect social. C'est de la confiance qu'il éprouve à l'égard de son thérapeute qu'il va pouvoir accepter les diverses mesures qui peuvent apparaître parfois comme de plus en plus sévères. Les prescriptions médicamenteuses et l'alitement ne peuvent être vécus de la même façon que l'isolement à l'annexe en milieu fermé, voire le passage en hôpital psychiatrique. Ces mesures dépendent à la fois de l'acuité des symptômes et de la tolérance de l'institution aux diverses manifestations de ces symptômes. Le savoir médical ou psychiatrique ne saurait être contesté s'il traite différemment d'un état d'excitation ou d'un état dépressif ou même d'un état psychotique aigu. Il apparaît,

d'ailleurs, à l'expérience que c'est dans la relation et le dialogue que les discussions, si elles étaient soulevées, seraient rapidement aplanies. C'est de la conscience de sa maladie - et la lui dénier ou la minimiser conduit à une attitude perverse et désobjectivisante, réificatoire - que le malade de Sceaux va accepter l'exercice du pouvoir psychiatrique. L'institution, c'est-à-dire ses divers représentants à des degrés divers, et cela sans tenir compte de la hiérarchie, amène cette acceptation. C'est plus exactement au cours des troubles caractériels ou troubles du comportement que sont certains passages à l'acte que l'on va être amené à jouer de l'autorité. Ces troubles manifestent la tentative du malade d'échapper à une réalité éprouvante, témoignent leur esquivé du champ de la réalité. Tout dans le domaine des études (absentéisme, non respect des horaires, travail irrégulier, incidents divers) que dans le domaine institutionnel, les provocations (bris de carreaux, dégradations, violences) ou bien les manifestations plus proprement psychiatriques (chantage au suicide et tentatives de suicide, fugues, refus de médicaments, l'absence aux psychothérapies qui est sanctionnée du fait de la prise en charge par la Sécurité Sociale d'un acte effectué), les symptômes sont la marque d'une angoisse, d'une réalité inassumée, d'appels à l'aide mais aussi les signes de la fuite du réel dans l'imaginaire. L'institution devient agressive ou objet d'agressivité, déplacement dont l'objet, devenant extérieur est beaucoup moins culpabilisant et angoissant. Il convient de transformer les actings-out en actings-in utilisables. L'important est de situer la demande du malade et d'accéder à son désir inconscient sans cependant ignorer les exigences de la réalité. L'autorité devient alors un argument thérapeutique sujet à d'importantes variations individuelles. Il s'agit d'aider le malade à prendre conscience de ce qu'il vit comme une contrainte et de le dépasser, de lui faire se rendre compte où gît le conflit, lui permettant ainsi une autonomie plus grande.

"Pour nous, l'homme se caractérise par le dépassement d'une situation, parce qu'il parvient à faire de ce qu'on a fait de lui, même s'il ne reconnaît pas dans son objectivation... or, ce dépassement n'est concevable que comme une relation de l'existant à ses possibles." (J. P. Sartre) 32.

La clinique, dont la destination est thérapeutique, est un microcosme qui doit faciliter l'investissement des conflits dans des processus de transfert et d'identifications et aider le malade à surmonter ses contradictions en les vivant dans l'institution.

"La folie est enfance... le fou est livré entièrement comme sujet psychologique à l'autorité et au prestige de l'homme de raison qui prend pour lui figure concrète, d'adulte, c'est-à-dire à la fois de domination et de destination." (M. Foucault) 13 a.

La clinique doit donner au malade la possibilité d'abréactions utiles pour ses conflits afin de mener à bien le processus de guérison. Cela soulève évidemment le problème de l'analyse des

résistances et de leurs interprétations, et c'est seulement à partir des transferts et des investissements successifs du malade que ce dernier pourra viser à obtenir une intégration sociale, transferts se jouant sur les différents membres de l'institution et que les malades sont amenés à verbaliser en psychothérapie.

"Cet ordre universel se démontre être la loi d'un seul individu parce qu'elles ne sont pas une nécessité vide et morte, privée de conscience mais parce qu'elles sont universalité spirituelle et une substance dans laquelle ceux en qui cette substance a sa réalité effective, vivent comme individus et sont conscients d'eux-mêmes." (Hegel) 17.

V - AUTORITE ET IMAGINAIRE.

"Le fou restera mineur et longtemps la raison gardera pour lui les traits du père." (M. Foucault) 13 a.

C'est cette figure inconsciente du père, comme possible identification, qui nous permet d'aborder par l'imaginaire, le revers de la médaille de l'Autorité : Autorité au sens du *autoritas* romain, c'est-à-dire la reconnaissance de l'autorité par ceux sur qui elle s'exerce.

A - Nous verrons tout d'abord le thème de l'autorité et du chef tel que cela a pu être étudié par les spécialistes des petits groupes (Lewin, Moreno, Bion, Slavson).

Ces derniers insistent sur le fait qu'il faut différencier les chefs institutionnellement désignés ou chefs de droit, des chefs de fait qui s'imposent à un groupe peu ou pas structuré, ou que le groupe se donne.

Pour Lewin et son école topologique, l'Autorité est une forme en action dans un champ social, le groupe. Si l'Autorité est centralisée et incarnée par un chef, le groupe réagit par l'apathie, l'agressivité déplacée, la dépendance et l'opposition ; si, au contraire cette autorité se négocie, le groupe réagit par l'initiative, l'interdépendance, la participation.

Le chef est celui qui incarne la ou les fonctions nécessaires à la locomotion du groupe (décision information, organisation, arbitrage et surtout idéal du groupe). Le groupe formule une demande et le chef est celui qui la satisfait ou encore le chef impose ou s'impose au groupe et ce dernier répond par un comportement.

La concentration ou la répartition des fonctions directrices dans un groupe trouve ses conditions dans les caractéristiques même du groupe (normes et cultures du groupe). L'Autorité s'y

exerce de façon verticale et horizontale.

Lewin n'étudie ni l'histoire d'un individu, ni celle du groupe. Alors que dans une perspective dialectique et historique, le groupe n'est d'abord que le mouvement réel d'une unité en train de se constituer, pour Lewin, le groupe est unité déjà faite, même dans une perspective "dynamique" et "fonctionnelle". Il s'agit bien là d'un sociotechnicisme tout dévoué à l'ajustement et recherchant une finalité immanente.

Bion a situé ses recherches dans une perspective proprement psychanalytique. Il fait intervenir dans ses conceptualisations des notions mises en avant par Mélanie Klein et qui réfèrent au fond psychotique sur lequel se constituerait le sujet humain. Bion distingue les groupes de base où la tâche semble absente ou, du moins, doit sans cesse se définir dans l'actualité de la vie du groupe, des "groupes de travail" qui accomplissent une tâche et fonctionnent selon des règles fixées et des distributions déterminées de rôles sous-jacents à ces groupes — une vie émotionnelle est déterminée par ce que Bion appelle les hypothèses de base (schèmes organisateurs du comportement d'un groupe).

L'hypothèse de base, où le leader divinisé, induit la dépendance, nourrissant et protégeant le groupe, est source de toute valeur et objet de culte, entraîne dépression et culpabilité.

Dans l'hypothèse de base de couplage, une attention pleine d'espoir se porte sur les sentiments qui se nouent entre deux membres du groupe sous les yeux des autres membres entraînant un espoir de type messianique.

Dans l'hypothèse de base attaque-fuite, le groupe attaque ou fuit un père dangereux ou un nourrisson.

L'expérience de groupe est porteuse d'effets imaginaires dans des mécanismes de régression massifs le ramenant aux positions paranoïde, schizoïde et dépressive décrites par Mélanie Klein, réactivant des angoisses primitives de persécution, d'intrusion et de morcellement (alternativement le leader serait soit le bon objet à préserver à tout prix, soit le mauvais objet persécuteur).

Bion a apporté, par ses études de groupes, l'analyse de l'image même du groupe avec ses fantasmes, ses valeurs, et son histoire, portant la question sur la fonction inconsciente du groupe.

Si les psychothérapeutes de la clinique représentent le lieu du fantasme dans la relation individuelle de thérapie, par contre, tous les représentants de l'institution et, au premier chef, les médecins institutionnels (dans la mesure où ils ont la responsabilité finale de l'agir) jouent le rôle de référence et de réalité.

Ils sont héritiers d'une position parentale idéale. Cependant, avant d'aborder les problèmes d'identification et de sur-moi, il nous a paru utile d'analyser ce qui donnait au médecin cette reconnaissance imaginaire de l'autorité.

"Le dialogue thérapeutique passe par le dialogue imaginaire (de transfert) car celui-ci introduit au dialogue qui guérit, celui qui commence par : "qui parle ici, à qui et de qui ?" et ici tout le monde parle pour redonner sens et cohérence au discours connexe du malade et de l'institution." (Tremeaux et R. Million) 36.

Ce qui se passe entre patient et thérapeute est antérieur à toute relation thérapeutique effective car cette dernière est imaginaire et s'inscrit en terme de confiance et d'identification avec celui qui détient l'autorité.

B - Nous nous sommes autorisés de l'ethnographie pour créer un parallèle entre la position du magicien et celle du thérapeute. Les ethnologues ont pris l'habitude d'utiliser indifféremment les termes de chaman, homme-médecine, sorcier ou magicien pour désigner certains individus doués de prestige magico-religieux, et attestés dans toutes les sociétés primitives.

"Non seulement, l'acte médical est resté presque jusqu'à nos jours entouré de prescriptions religieuses et magiques, prières, incantations, précautions astrologiques mais encore les drogues, les diètes de médecins, les passes de chirurgien sont un vrai tissu de symbolisme, de sympathies, d'homéopathies, d'anti-pathies et, en réalité, elles sont conçues comme magiques. L'efficacité des rites et des arts ne sont pas distinguées mais bien pensées en même temps." (M. Mauss) 26.

Médecins ou magiciens sont détenteurs d'un savoir qui fait croire que la nature n'a plus de secret pour eux, que leur science est connaissance de l'univers, qu'ils puisent directement aux sources et aux forces de cette nature. On dit souvent que savoir, c'est pouvoir. Ce pouvoir leur est acquis car leurs connaissances les mettent directement en rapport avec les manifestations de vie et de mort, car leur savoir leur donne accès au corps et à l'esprit. S'ils ne sont pas les seuls manipulateurs du sacré, ils n'en accèdent pas moins à des zones inaccessibles aux autres membres de la communauté. C'est autour de cette manipulation du sacré, que les thèmes d'interdictions, de transgressions et de tabous se sont organisés. Cette prédilection pour les choses interdites, pour les tabous violés constitue les aspects négatifs de la force collective.

La reconnaissance du Savoir du thérapeute ou du magicien est encore sur-déterminée par le secret.

"L'isolement comme le secret est un signe presque

parfait de la nature intime du rite magique. Celui-ci est toujours le fait d'un individu ou d'individus agissant à titre privé, l'acte et l'acteur sont enveloppés de mystère." (M. Mauss) 26.

Le secret est vécu comme tel par l'aspect quasi initiatique de la transmission du savoir et c'est ce qui rend le savoir tout-puissant. Principes et moyens sont élaborés collectivement et sont transmis par tradition. Ce savoir est d'ailleurs régi par des lois qui mettent en jeu les relations nécessaires entre les choses et les dits, relations de mots et de signes à objets représentés, lois de contiguïté (la partie pour le tout) dans un aspect métonymique, lois de similarité (image et symbole) dans une perspective métaphorique, lois de contrastes, toutes lois qui mettent en avant le principe de causalité. C'est dans cette mystification du savoir et dans le transfert que thérapeutes et magiciens sont investis d'attributions imaginaires leur donnant pouvoir de guérir.

"La magie médicale qui se fait en famille nous permet de constater des états sociaux fort bien caractérisés. On y voit un groupe social, minime, il est vrai, mais un groupe organisé, avec un chef qui a toute autorité, tout pouvoir, toute crédulité et toute illusion. L'action suggestive d'une partie de ce milieu sur l'autre est immanquable. Nous trouvons toujours la famille, le sorcier ou la sorcière, le patient formant une sorte de congrès spirite au moment de la consultation, où l'administration de la médecine n'est, en somme, qu'un moment secondaire de l'opération." (M. Mauss) 26.

L'action tant du thérapeute que du magicien fait partie du domaine de la production pure. Ce que les techniques font avec le travail, ils le font avec des gestes et des mots. Ils ne font presque rien mais font tout croire, d'autant plus facilement qu'ils se mettent au service de l'imagination individuelle et de forces collectives. C'est la foi du malade en son thérapeute qui leur fait croire à l'extraction de la maladie. Cela est dû au fait qu'à un moment donné, il y a croyance magique en l'efficacité de certains gestes ou de certaines idées. Ces valeurs ne tiennent ni aux choses ni aux personnes, mais tiennent la place et le rang qui leur sont attribués par une opinion publique souveraine dans ses préjugés. Les thérapeutes ne font que suggérer des moyens, impliquer les vertus des choses, anticiper les choses et par là satisfont pleinement aux désirs des patients. Cette reconnaissance imaginaire du savoir en fait souvent des personnages influents et considérables par leur position, la vertu magique fait la position sociale et cette dernière prédestine la première. Nous concluons ce chapitre de comparaisons en montrant l'aspect moderne de celui-ci par une citation de Ginette Michaud. 27 :

"L'efficacité de la pharmacologie moderne ne fait qu'encourager cette évolution et est parfois à la base d'un système, on peut dire délirant, avec phénomène de toute-puissance entretenue

par le malade et l'infirmier quant à son propre pouvoir thérapeutique par le psychiatre patron chef de Service. Le pouvoir des drogues modernes de réduire certains syndromes aigus basés sur la perception d'un rapport de causalité entre deux phénomènes, par le médecin, fait la science, l'art de celui-ci. Le rapport de celui-ci à ses collègues infirmiers, consciemment ou non, l'investit d'un pouvoir magique."

Cependant, la reconnaissance du savoir du psychanalyste et son tabou (admiration-rejet) ne devrait pas méconnaître l'aspect contestataire et subversif de l'existence même de l'Inconscient.

"Dans le même temps, le savoir de l'antique thérapeute est soustrait à la carcasse du thaumaturge et la parole laissée au désir, l'analyste peut entreprendre sa tâche ...

... Au delà, c'est le primat du phallus, la réalité aperçue dans l'encadrement du fantasme révèle un principe de contradiction qui défie toute conformité." (Scilicet) 33.

C - Autorité, surmoi, identification et castration.

L'autorité, du fait de ses rapports avec la Loi, nous paraît relever d'une des instances de la personne décrite par Freud dans sa deuxième théorie de l'appareil psychique.

Le sur-moi paraît s'être constitué par rapport à la réalité. Or, Freud nous montre que tout rapport avec la réalité se construit sur fond d'hallucination et vise une représentation d'objet à retrouver. Selon le principe de plaisir, ce n'est qu'en empruntant une voie de frayage que peut être mis en jeu ce qui est du ressort du processus secondaire (principe de réalité).

"Sous l'influence de l'instinct de conservation du moi, le principe de plaisir s'efface et cède la place au principe de réalité, qui fait que, sans renoncer au but final, nous consentons à en différer la réalisation." (S. Freud) 12 a.

Le rôle du sur-moi est assimilé à celui d'un juge ou d'un censeur à l'égard du moi. Freud voit dans la conscience morale, l'auto-observation et la formation des idéaux, des fonctions du sur-moi.

"Nous ne serions pas surpris de trouver dans le psychisme une instance spéciale dont la tâche serait de vérifier si la satisfaction narcissique est bien assurée en fonction de l'idéal du moi et que dans ce but surveille constamment le moi réel et le confronte à cet idéal." (S. Freud) 12 d.

Classiquement, le sur-moi est défini comme l'héritier

du complexe d'Oedipe. Il se constitue par intériorisation des exigences et des interdits parentaux :

"... l'institution de la conscience a été au fond une incorporation de la critique parentale suivie de celle de la société." (S. Freud) 12 d.

Dans les années 1914-1915, Freud a dégagé deux structures partielles : l'Idéal du moi qui a une valeur de modèle et le sur-moi (moi idéal) qui incarne la Loi et interdit qu'on la transgresse, l'enfant renonce à la satisfaction de ses désirs oedipiens frappés d'interdits, transforme son investissement sur les parents en identifications aux parents. Il intériorise l'interdiction, chez le garçon le complexe d'Oedipe se heurte irrévocablement à la menace de castration et chez la fille au contraire, la formation du sur-moi est compromise du fait du complexe de castration et ne pourrait parvenir à l'indépendance ni à la puissance qui lui est nécessaire. Cette fonction d'Idéal du moi fonde l'Autorité et l'identification au chef dans un groupe.

Il nous a paru utile, pour la compréhension de notre propos, de chercher à analyser plus finement cette structure partielle de l'Idéal du moi. Ce serait la convergence du Narcissisme et des identifications aux parents, à leurs substituts et aux idéaux collectifs, modèle auquel l'individu cherche à se conformer.

Dans "Psychologie collective et Analyse du moi", 12 b, Freud y voit une formation nettement différenciée du moi qui permet de rendre compte de la fascination amoureuse, de la dépendance à l'égard de l'hypnotiseur et de la soumission au leader.

"L'idéal collectif tire son efficacité d'une convergence des "idéal du moi" individuels..."

"... Un certain nombre d'individus ont mis un seul et même objet à la place de leur idéal du moi à la suite de quoi ils se sont identifiés l'un à l'autre dans leur moi. A l'inverse, ceux-ci sont dépositaires à la suite d'identifications à leurs parents, aux éducateurs d'un certain nombre d'idéaux collectifs."

L'identification joue donc un rôle prédominant comme mécanisme qui confère l'Autorité.

"Chaque individu fait partie de plusieurs groupes, il est lié par identification de plusieurs côtés et il a construit son idéal du moi d'après les modèles les plus divers..."

Freud étudie à nouveau dans "Le Moi et le ça" 12 c, cette notion d'Autorité : le surmoi revêt les fonctions d'idéal et d'interdiction. L'identification aux figures parentales et au père est

corrélative de la mise en place du complexe d'Oedipe dans ses effets structuraux. L'enfant ne peut assumer l'Oedipe et accéder à l'identification paternelle que s'il traverse la crise de castration.

"Les rapports du sur-moi avec le moi ne se limitent pas seulement à ce précepte : "Tu dois être ainsi" (comme le père), ils comprennent aussi cette interdiction "tu ne dois pas être ainsi" (comme le père), c'est-à-dire faire ce qu'il fait, beaucoup de choses lui sont réservées."

Le complexe de castration doit être référé à l'ordre culturel où le droit à un certain usage est toujours corrélatif d'une interdiction.

"Le sur-moi de l'enfant ne se forme pas à l'image des parents mais bien à l'image du sur-moi de ceux-ci. Il s'emplit du même contenu, devient le représentant de la tradition, de tous les jugements de valeur qui subsistent à travers les générations."

"L'établissement du sur-moi peut être considéré comme une identification réussie à l'instance parentale" (suite des leçons à l'introduction à la psychanalyse) 12 e.

Certains auteurs font remonter à une période antérieure la formation du sur-moi en voyant cette instance à l'oeuvre dès les stades préodipiens (Mélanie Klein) ou du moins en cherchant des comportements, des mécanismes très précoces qui constitueraient les mécanismes du sur-moi (Glover- Spitz).

Pour Mélanie Klein, les préceptes d'éducation sont adoptés très tôt. Il existerait à la phase orale un sur-moi qui se formerait par introjection des bons et mauvais objets et que le sadisme infantile, alors à son acmé, rendrait particulièrement cruel.

"Le sur-moi de l'enfant ne coïncide pas avec l'image de ses parents réels mais il est créé à partir de tableaux imaginaires ou imagés qui les représentent et qu'il a absorbé à l'intérieur de soi. Sa peur des objets réels (son angoisse phobique) se fonde sur la crainte qu'il éprouve à la fois devant un sur-moi déréel et devant les objets réels en eux-mêmes mais, que influencé par son sur-moi, il appréhende sous un jour fantastique ... Il perçoit son angoisse liée de ses pulsions agressives comme peur d'un objet externe à la fois parce qu'il a fait de cet objet le but extérieur de ses pulsions et parce qu'il les a projetées sur celui-ci de telle sorte qu'elles semblent en provenir". 18 a.

Mélanie Klein reste fidèle à ces thèses dans son essai sur les "Racines infantiles du monde adulte". Le sur-moi infantile est responsable de la relation d'objet aggressive dans une projection fantasmatique aggressive à l'intérieur du corps maternel. En

fait, il paraît difficile, du point de vue métapsychologique, de distinguer sur-moi et idéal du moi.

Pour Lagache, (20) le sur-moi est un système de relations inter-subjectives et d'identifications.

"Le sur-moi ne se forme pas tant de l'identification aux parents que par identification à l'image idéalisée des parents et au sur-moi des grands-parents"...

Le sur-moi correspond à l'autorité et l'idéal du moi à la façon dont le sujet doit se comporter pour répondre à l'attente de l'Autorité."

Dans sa critique de l'article de Lagache, Lacan (19) signale l'Idéal du moi comme modèle, le moi idéal comme aspiration. Le complexe d'Oedipe tire son efficacité de ce qu'il fait intervenir une instance interdictrice (prohibition de l'inceste) qui barre l'accès à la satisfaction naturellement recherchée et lie inséparablement le désir et la loi.

"Dans la relation du sujet à l'autre de l'autorité, l'idéal du moi suivant la loi de plaire mène le sujet à se déplaire au commandement : le moi idéal au risque de déplaire ne triomphe qu'à plaire en dépit du commandement."

La menace de castration scelle la prohibition de l'inceste en laquelle vient s'incarner la fonction de la Loi en tant qu'elle institue l'ordre humain. Clavreul (7) dans un article sur l'identification et le complexe de castration, pose le problème de l'identification et de l'autorité en des termes de filiation.

"Car si le sujet se reconnaît dans sa propension répétitive, s'il se reconnaît donc dans ce qui le pousse à revenir vers la mère, on voit aussi que, par suite de l'introduction de la loi du père, de l'interdit, le fils se désigne, au contraire, comme celui qui ne retournera pas. Inversement, d'ailleurs, si le père a pu donner l'interdiction, c'est dans la mesure où son fils a été, par lui, reconnu comme tel. Il y a donc un savoir sur la filiation qui constitue et légitime l'interdiction prononcée par le père. Celui-ci tire son autorité, et par suite son pouvoir, de ce quelque chose peut-être su concernant le désir et notamment l'objet du désir..."

... Ceci nous ramène à ce moment que nous avons déjà repéré comme étant celui de la nomination, c'est-à-dire celui où l'autre est reconnu désigné, nommé -comme fils ou comme père - au-delà de ses manques et des doutes mêmes qui peuvent subsister sur la légitimité d'une telle attribution de fonction, d'une telle identification de l'autre à un certain rôle."

Dans le même article, Clavreul (7) pose les rapports de l'identification et de la castration à la pulsion épistémophilique. C'est l'assomption du désir de savoir à travers l'ambivalence, la culpabilité et l'interdit.

"Dire qui est celui qui parle, c'est dire les identifications qu'il doit accepter. Identification et castration se rejoignent ici. De l'interdit prononcé par le père à l'interdit accepté par le fils, il y a passage de la loi et le "pas de ça" dit par le père annonce et justifie la suite des "pas" à rejeter à tout moment où il s'agit d'accéder au savoir. C'est-à-dire il y a toujours un "pas de", un renoncement au plaisir, un prix à payer pour permettre l'accès à un surcroît de savoir. Dans son accès au savoir, le fils doit donc suivre les traces, les "pas" de son père."

Ainsi terminons-nous ce chapitre psychanalytique de l'autorité.

VI - AUTORITE ET CONTRE-TRANSFERT INSTITUTIONNEL

"La nécessité d'analyser le transfert et par là le contre-transfert et d'en suivre la mobilisation pose, en milieu institutionnel, des problèmes spécifiques insuffisamment élucidés. Dans le cadre de la psychothérapie institutionnelle, ce n'est pas uniquement le médecin mais l'ensemble du collectif qui est objet et support du transfert et par là engage sa propre problématique analytique". (Horace Torrubia) 37.

Un aspect important qui est resté jusqu'à présent posé en filigrane et qui paraît essentiel dans la thérapeutique, c'est le contre-transfert institutionnel. Nul, en effet, n'est jamais certain de répondre justement et exactement aux désirs des malades. L'intervention pose le propre engagement inconscient du thérapeute à l'institution, dans les relations et les échanges inconscients. En effet, toute intervention comporte une part d'incertitudes quant à sa motivation, quant à sa destination, et quant à son efficacité.

Si l'hôpital psychiatrique, du fait de la législation surdétermine un lieu d'existence fortement hiérarchisé et à visée strictement interventionniste, dans une clinique psychiatrique les lois d'exception ne peuvent figer les rencontres et la dimension analytique engage de nouvelles exigences. L'institution, comme disait Deleuze, est un système organisé de moyens destinés à satisfaire les tendances médiatisées entre l'individu et la société. Aussi, c'est dans une articulation avec le collectif, que le malade pourra trouver sa place et la parole.

"L'objet de la thérapeutique institutionnelle n'est pas justement de se proposer d'aboutir à un remaniement des données

"d'Accueil" du sur-moi en les transmuant en une sorte de nouvel accueil "initiatique" vidant l'exigence sociale, aveugle d'une certaine procédure, quasi ratrice à l'exclusion de toute autre." (Guattari) 15.

C'est dans la confrontation que les diverses instances de dialogues peuvent être étudiées. Toute élucidation des relations semble frappée de censure par les soignants. Aborder en groupe les fantasmes inconscients qui le régissent vient compromettre les positions défensives et interroger la position des soignants face à la sexualité. Les attitudes de rejet, d'exclusion, ou, à l'opposé, de surprotection, le discours clos et répétitif, la dépendance et la passivité à l'égard de la hiérarchie sont autant de moyens de fuite et de protection contre les dangers qui ne sont que des fantasmes.

Les membres de l'institution essaient magiquement de conjurer l'angoisse morcellante pour fuir l'implication de la folie. Le conflit marque l'inefficacité de la défense et réactive l'angoisse.

Il convient d'analyser les modes d'organisation, les attitudes et la répercussion des modes de pensée sur les comportements. C'est l'évolution des relations interpersonnelles et des attitudes qui entraînent la modification des structures. Niveaux et modes d'intervention sont variables. Parfois, le changement a lieu dans des domaines séparés, il en résulte des discussions entre les deux zones (médicales, Etudes). L'ambivalence à l'égard du changement entraîne des conflits d'Autorité entre les deux zones. Parfois, la non-analyse des changements d'attitude entraîne un déplacement du conflit mais n'en modifie pas les termes.

C'est dans une attitude déhiérarchisante très difficile où le médecin devient un parmi les autres acteurs, que la réunion peut mobiliser le contre-transfert des soignants et que l'institution voit apparaître sa vocation thérapeutique. La fonction du médecin est de "constituer culturellement ce groupe hétérogène afin qu'il soit efficace dans le sens de la désaliénation et qu'il s'articule thérapeutiquement avec le groupe hétérogène des malades." (Tosquelles) 38 b.

C'est lutter contre le morcellement que de restituer au collectif sa signification par rapport aux instances individuelles et collectives. Cependant, tout le système d'échanges est lié à la structure socio-économique sous-jacente :

"ce qui constitue maintenant l'unité du regard médical, ce n'est pas le cercle du savoir dans lequel il s'achève... son support n'est pas la perception du malade en sa singularité, c'est une conscience collective, enchevêtrée de toutes les informations qui s'y croisent, poussant en une ramure complexe et toujours

foisonnante, agrandie enfin aux dimensions d'une histoire, d'une géographie, d'un Etat." (M. Foucault) 13 b.

Sentiments et affects sont attachés aux représentations des structures. Des interventions qui se situent dans un milieu social entrent forcément en collusion avec les structures du pouvoir existant. Les interventions tendent à renforcer le refoulement qu'elles déterminent et dont elles sont l'expression. Modifier le traitement des malades mentaux, c'est poser le problème de la société globale et de la société malade. C'est sous la dépendance du devenir propre de la Société en son ensemble que le sur-moi va s'établir et évoluer, d'articuler. Ce n'est pas en tant que sur-moi institutionnel que le problème se pose mais en tant qu'idéologie dont est porteuse l'institution et qu'elle distille.

"L'idéologie élaborée à partir du moi idéal projectif projeté dans la transformation de l'institution en milieu thérapeutique est un mécanisme de défense du moi qui se manifeste dans le contre-transfert du thérapeute.

L'idéologie élaborée à partir du moi idéal introjecté, élaborée à partir du fantasme et non de la fantaisie à la même fonction de défense du moi. Cependant, il s'agit là d'une introjection du signifiant, ce qui, par là, offre des possibilités d'articulation avec le réel." (Tosquelles) 38 b.

Restituer au sujet la parole et le désir, ne pas l'aliéner dans un contexte socio-culturel à volonté normative, c'est ainsi que se joue de façon contradictoire et ambiguë l'articulation du social et de l'individuel. Analyser les mécanismes d'occultation, les dépasser, c'est amener l'institution à sa vocation thérapeutique.

"Il faut que le questionneur comprenne que le questionné, c'est-à-dire lui-même existe son aliénation, comment il la dépasse et s'aliène dans ce dépassement même. La compréhension ne peut avoir lieu que dans une situation concrète en tant que le savoir théorique illumine et déchiffre cette situation." (J.P. Sartre) 32.

CONCLUSION

"Il y a dans la non raison de la Folie, la raison du retour et si, dans l'objectivité malheureuse où se perd le fou, il reste encore un secret, ce secret est celui qui rend possible la guérison. Tout comme la maladie n'est pas perte abstraite de la santé, de même la folie n'est pas perte abstraite de la raison, mais contradiction dans la raison qui existe encore." (M. Foucault) 13 a.

Il nous a paru intéressant de nous pencher sur le problème particulier de l'autorité en milieu psychiatrique dans la mesure où des travaux récents (Anti-psychiatrie, Aspects totalitaires des Hôpitaux psychiatriques) s'interrogent sur la valeur thérapeutique de cette autorité. Nous inspirant des études sur la relation médecin-malade et de ce que les psychiatres classiques appelaient traitement moral de la Folie, nous avons été amenés à décrire l'Autorité sous deux facettes, l'une de réalité, l'autre imaginaire, dans une double articulation, sociale et individuelle, aspects qui paraissent, en psychiatrie, surdéterminer la relation thérapeutique.

Cette étude a été réalisée à partir de compte-rendus de réunions d'une institution psychiatrique en milieu ouvert, pour étudiants malades mentaux et où la prescription architecturale, historique, fonctionnelle permettent de mieux cerner les divers réseaux d'échanges, de communications et d'information.

Dans un premier temps, notre étude a porté sur l'aspect Autorité-exercice du pouvoir. De là se sont dégagés des thèmes de hiérarchie, de rôle et de statuts qui permettent au malade de se situer. La multiplicité et la diversification des représentations (la clinique en tant qu'institution sociale dans et hors les murs, les études et la relation pédagogique, l'exercice psychiatrique à la fois médical et social) vont donner aux malades la possibilité de redéfinir leur position et de ne pas figer les relations.

Dans un deuxième temps, nous avons essayé de dégager ce qui, dans l'imaginaire d'un savoir reconnu à une figure paternelle, allait infléchir et transformer les relations. Partant de l'incarnation du groupe dans son chef, l'accent a été mis sur l'importance de la structure inconsciente du groupe. Cette structure nous a conduit à rechercher ce qui conférerait au thérapeute des

fonctions magiquement opérantes : le savoir est reconnu comme puissance de domination et valeur dominante en notre civilisation.

Enfin, nous avons essayé, en une approche psychanalytique, de référer l'autorité à l'une des instances de la personnalité : le sur-moi. Le complexe d'Oedipe tire son efficacité de ce qu'il fait intervenir une instance interdictrice, en qui vient s'incarner la fonction de la Loi. Elle institue l'ordre humain, barre l'accès à la satisfaction et lie inséparablement le désir et la loi.

Nous avons été amenés, au terme de cette étude, à définir ce qui de l'Autorité pouvait restituer à l'institution psychiatrique sa vocation thérapeutique. Analyser les mécanismes d'occultation, démystifier la position des soignants face à la hiérarchie, au savoir, aux infrastructures sociales. Le dépassement n'est possible que si se créent des lieux de rencontre où, hors des impasses de l'imaginaire, chacun puisse se situer par rapport à l'ambiguïté du fait psychiatrique en sa double appartenance, sociale et individuelle. Qu'il soit non sens psychotique ou méconnaissance névrotique, le sujet n'étant plus objet de connaissance, devient sujet accédant à la parole, ce qui de l'ordre de la thérapeutique advient par le langage.

Vu le Président de Thèse

M. PICHOT

Vu le Doyen

G' BROUET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BALINT, M. - Le médecin, son malade et la maladie
Payot Paris 1960
- 2 - BERNFELD - On psychanalytic education - In psy-
choanalytic quaterly - vol. XXXI 1962
- 3 - BION, W. R. - Recherches sur les petits groupes
PUF Paris 1965
- 4 - BONNAFE, L. - Arguments sur la hiérarchie - In revue
de psychothérapie institutionnelle n° 4
1966
- Arguments sur les sanctions - In revue
de psychothérapie institutionnelle n° 4 1966
- 5 - BOURDIEU P.
et PASSERON J. C. - les Héritiers (les étudiants et la culture)
Ed. de Minuit, Paris 1964
- 6 - CANGUILHEM G. - Le normal et le pathologique - PUF
Paris 1956
- 7 - CLAVREUL J. - Identification et complexe de castration
in Inconscient n° 7 - PUF Paris 1968
- 8 - CHAIGNEAU H. - Prise en charge institutionnelle de su-
jets réputés schizophrènes - In confron-
tations psychiatriques, n° 2 déc. 1968
(évolution de la schizophrénie)
- 9 - COOPER D. - Aliénation mentale et aliénation sociale
in Recherches Special enfance Aliénée
(II) 1968
- 10 - DANON-BOILEAU - Orthopédagogie de l'étudiant - in revue
de Neuro Psychiatrie infantile, fasc. 2
1967 -
Perspectives Psy. n° 10 1965
- 11 - ESQUIROL E. a) Mémoires statistiques et hygiéniques
sur la Folie
b) Traité des maladies mentales -
Baillères 1838

- 12 - FREUD S.
- a) Au-delà du principe de Plaisir
 - b) Psychologie collective et Analyse du moi
 - c) Le moi et le ça -
in Essais de Psychanalyse - Payot,
Paris 1951 pour a b c
 - d) Pour introduire le Narcissisme - in
La Vie Sexuelle - PUF Paris 1969
 - e) Introduction à la Psychanalyse -
Payot Paris 1951
 - f) Malaise dans la civilisation - Denöel
et Steele Paris 1934
- 13 - FOUCAULT M.
- a) Histoire de la Folie à l'âge classique -
Plon Paris 1961
 - b) Naissance de la clinique - PUF Paris
1963
- 14 - FEDIDA P.
- Psychose et Parenté (Naissance de l'
l'Antipsychiatrie) Critique n° 257,
Tome 24, Edit. Minuit Paris 1968
- 15 - GUATTARI F.
- La Transversalité - Revue de Psycho-
thérapie institutionnelle n° 1 .
- 16 - GOFFMAN I.
- Asiles - Edit. Minuit Paris 1968
- 17 - HEGEL, GWF
- Le délire de Présomption - In Phéno-
ménologie de l'esprit - Aubier Montai-
gne Paris 1937
- 18 - KLEIN M.
- a) Le développement précoce de la cons-
cience In essais de Psychanalyse
Payot Paris 1967
 - b) Les racines infantiles de notre monde
adulte In Envie et Gratitude - Galli-
mard Paris 1968
- 19 - LACAN J.
- Remarques sur le rapport de Daniel
Lagache : Psychanalyse et structure
de la Personnalité In Ecrits - Le
Seuil Paris 1966
- 20 - LAGACHE D.
- Psychanalyse et structure de la Per-
sonnalité In La Psychanalyse n° 6
PUF Paris 1961
- 21 - LAING, RD
- Metanoia, some experiences at Kings-
ley Hall In Recherches special enfance
Aliénée (II) 1968

- 22 - LAPLANCHE J.
et PONTALIS J. B. - Vocabulaire de la psychanalyse -
Gauthier Villards Paris 1967
- 23 - LEVY A. - Les Paradoxes de la Liberté à l'Hôpital
psychiatrique - EPI Paris 1969
- 24 - LEVY-STRAUSS Cl. a) Le sorcier et sa Magie - Les Temps
Modernes Paris mars 1949
b) Introduction à l'oeuvre de M. Mauss
In Sociologie et Anthropologie PUF
Paris 1950
- 25 - LEWIN K. - Psychologie dynamique des relations
humaines, PUF Paris 1954
- 26 - MAUSS M. - Essai sur la Magie - In Sociologie
et Anthropologie, PUF Paris 1966
- 27 - MICHAUD G. - A propos du contexte institutionnel
dans les difficultés de la mise en place
des activités psychothérapiques et notamment du psychodrame dans un
Service psychiatrique de la Seine -
In Revue de Psychothérapie institutionnelle n° 5
- 28 - MORENO G. - Les fondements de la sociométrie -
PUF Paris 1954
- 29 - PARSONS T. - Eléments pour une sociologie de l'
Action, Plon Paris 1955
- 30 - - Revue de Psychothérapie institutionnelle n° 1, 2, 3, 4, 5
- 31 - ROSOLATO G. - Le Symbolique - In la Psychanalyse
n° 5, PUF Paris 1960
- 32 - SARTRE J. P. - Questions de méthode - Collection
Idées Gallimard Paris 1967
- 33 - SCILICET - Ambisexualité et différence des sexes
Le Seuil Paris 1968
- 34 - SLAVSON S. R. - Psychothérapie analytique des groupes
PUF Paris 1953
- 35 - SPITZ R. - On genesis of super ego components
1958 XIII (psa study of child)

- 36 - TREMEAUX D.
et MILLION R. - Hiérarchie et Thérapeutique -
In Revue Psychothérapie institutionnelle, n° 4

- 37 - TORRUBIA H. - Analyseurs et interprétations du transfert en thérapie institutionnelle
Revue de Psychothérapie institutionnelle n° 1

- 38 - TOSQUELLES F. a) Structure et rééducation thérapeutique
Edit. Univ. Paris 1967
b) Pédagogie et Psychothérapie institutionnelle - Revue de Psychothérapie institutionnelle, n° 2, 3

- 39 - VALABREGA J. P. - La relation thérapeutique, malade et médecin - Flammarion Paris 1962

- 40 - WOODBURY - L'équipe thérapeutique - Information Psychiatrique, n° 10, déc. 1966

